Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA		**Número de Documento:**	1022369544	
Correo Electrónico:	Stefaniasuarez0128@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132502030	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7554-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-19		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1042992
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 5041128**	**$ 8952348**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	-Realizar sensibilizaciones con información acorde a la vacunación del VPH a estudiantes, padres de familia, docentes y directivos de las instituciones educativas de la localidad de Usme, cuidad Bolívar y Tunjuelito. Así mismo informar a padres de familia de la importancia de la vacunación del VPH.	-Actas, sesiones colectivas, base de llamadas, tablero de control y reporte semanal.
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	-N/A	-N/A
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud sexual y reproductiva.	-N/A	-N/A
4	4. realizar la identificacion, caracterizacion, seguimiento y activacion de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	-N/A	-N/A
5	5. recibir la canalizacion de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo.	-N/A	-N/A
6	6. registrar la informacion de la gestion efectuada en el aplicativo sirc.	-N/A	-N/A
7	7. verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunacion incompleto o sin vacuna (plan ampliado de inmunizacion -pai) en el entorno educativo.	-Realizar jornadas de vacunación con le fin de completar esquemas de vacunación de los niños, niñas y/o adolescentes de las instituciones educativas. Se realizaron 4 jornadas en colegio y 1 jornada en jardin	-Actas de desarrollo y tablero de control.
8	8. verificar y reportar los casos de no adherencia a crecimiento y desarrollo, en el espacio educativo.	-Realiza del diligenciamiento de la información de la sensibilización con padres de familia, estudiantes, docentes y directivos.	-Sesiones colectivas y tablero de control.
9	9. recopilar y consolidar la informacion y presentarla al lider del proceso de canalizaciones de gestion de programas de interes en salud pubica (gpaisp) y politicas.	-Se garantiza la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información.	-Entrega de actas y formato de sesiones colectivas.
10	10. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-N/A	-N/A

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se entregara de manera oportuna los formatos correspondientes al mes.	- Actas, informe y sesiones colectivas.
12	12. realizar la pre critica y analisis de las bases de tamizaje nutricional.	-Se presentara los informes acordes con calidad, oportunidad y veracidad.	-Informe acorde a lo solicitado.
13	13. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud alimentaria	-Se organizara y entregara el archivo correspondiente a las intervenciones conforme a los lineamientos del proceso de gestión documental.	- Actas y sesiones colectivas.
14	14. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Se informara de manera oportunidad eventualidades presentadas durante las sensibilizaciones, reuniones, llamadas y mensajes de texto.	-Informe verbal y textual acorde a lo sucedido.
15	15. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Se asistirá a las reuniones programadas por la referentes y las profesiones de apoyo del producto.	-Formato de asistencia
16	16. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-N/A	-N/A
17	17. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-N/A	-N/A
18	18. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-N/A	-N/A

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1042992
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477300571	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		SURA		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	SI	CAFAM	**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488403784314

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA	2024-11-26 01:08:29
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-26 11:10:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA	2024-11-28 13:31:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY STEFANIA SUAREZ GARCIA	2024-11-28 13:32:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-28 13:36:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 16:11:16
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-11 11:38:51

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

© Siasur - 2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022369544		SUAREZ GARCIA LEIDY STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 32 No 17 141 Ciudad verde	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789893	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1049873231	9477300571	I	2024/11/14	2024/11/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$426,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,217,000	$24,400			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,217,000	$24,400			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,217,000	$24,400			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1022369544 SUAREZ LEIDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,217,000	$24,400	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,217,000	$24,400			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022369544		SUAREZ GARCIA LEIDY STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 32 No 17 141 Ciudad verde	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789893	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1049873231	9477300571	I	2024/11/14	2024/11/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$426,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$426,600**	**$0**	**$0**	**$426,600**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1049873231

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477300571

Fecha
14/11/2024

Número de aprobación
00873231

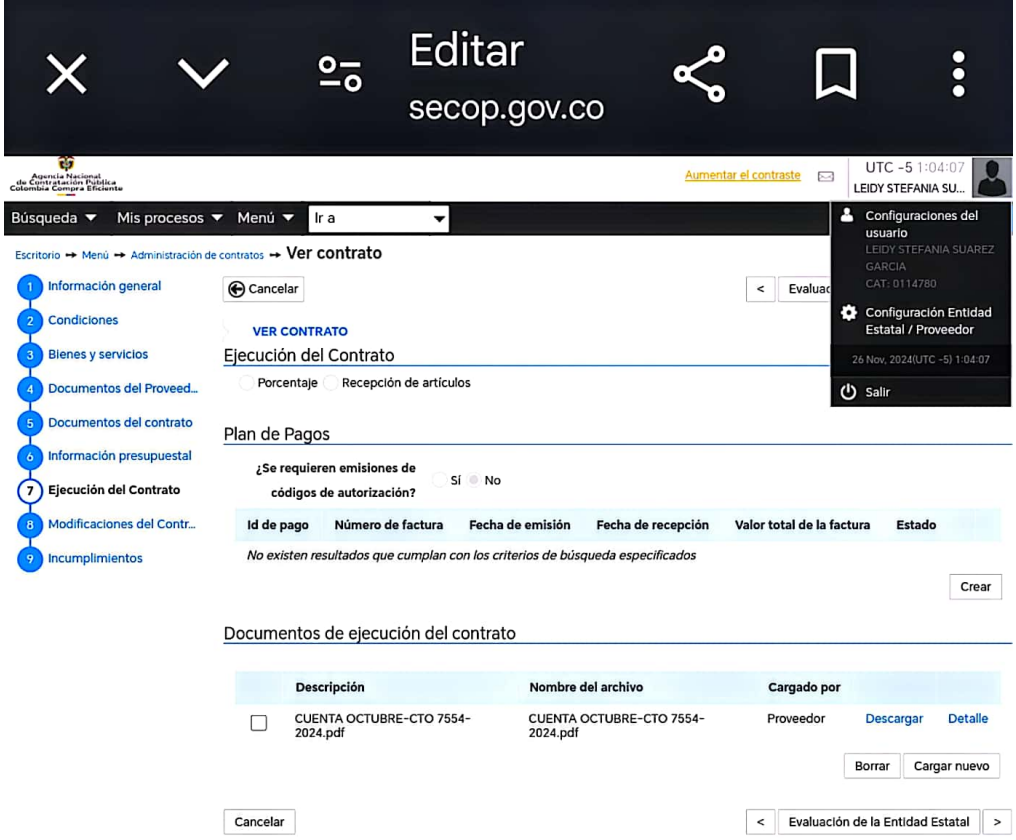
Dirección IP
191.95.52.252

Valor transacción
$ 426.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.95.52.252	CC	1022369544

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA



Escaneado con CamScanner